

anno sportivo

cod. Soc. regione prov.

--	--	--

**A - TDU**

In qualità di legale Rappresentante pro tempore della Società \_\_\_\_\_ che partecipa, come massimo campionato, al Campionato \_\_\_\_\_,

**chiedo il TESSERAMENTO per i sotto elencati DIRIGENTI,**

che, firmando il modulo, dichiarano di eleggere il proprio domicilio presso la Società ai fini della attività sportiva e di accettare ed accettano che ogni controversia derivante dalla attività sportiva è soggetta, a norma dello Statuto Federale, per una non derogabile clausola compromissoria, ad arbitrato disciplinato dai Regolamenti Federali ed esprimono il consenso al trattamento dei loro dati personali.

codice fiscale	qual. <sup>(1)</sup>	cognome e nome	cittad	luogo e prov. nascita	data di nascita	consenso d. lgs.. 196/03		FIRMA
						pt. 1 – 4 par. 2	pt 5 par. 2	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

(1) ABBREVIAZIONI:

- VP = Vicepresidente
- D = Dirigente
- ME = Medico
- MA = Massofisioterapista

\_\_\_\_\_ (data)



\_\_\_\_\_ (firma del legale Rappresentante pro tempore)

ISTRUZIONI: 1 - Il tesseramento Dirigenti per Presidente e Dirigente Responsabile è automatico con il rinnovo dell'affiliazione

2 - Per il tesseramento DIRIGENTI vedere gli artt. 47, 48 e 49 Regolamento Esecutivo

3- Questo modulo **deve** essere inviato a FIP - ROMA - via Vitorchiano 113 - Ufficio Affiliazioni per i tesseramenti NAZIONALI (con copia al proprio Comitato Regionale) o al proprio Comitato Regionale per quelli REGIONALI

Il trattamento dei dati personali verrà effettuato come indicato nell'informativa, disponibile nel sito Internet [www.fip.it](http://www.fip.it) e nota ad ogni interessato, predisposta ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/03